

Rhode Island Department of Human Services
Formulario de Queja sobre Información Privada de Salud

Para asistencia, llame al (401) 462-2130 (Voz)
TDD (Problemas auditivos) 711 o (401) 462-6239

Su Primer Nombre	Su Apellido
Teléfono de la Casa ()	Teléfono del Trabajo ()
Calle	Ciudad, Estado, ZIP
Correo Electrónico (si tiene)	

¿Esta usted llenando este formulario de queja para alguien mas? ___Sí ___No
Si es Sí, ¿Cuales derechos de información privada de salud cree usted fueron violados?

Primer Nombre	Apellido
---------------	----------

¿Quién (O qué agencia u organización, proveedor, plan de salud) cree que violó los derechos de información privada de salud de usted (o alguna otra persona) o cometió otra violación de las Regulaciones Privadas?

Persona/Agencia/Organización	
Dirección	Ciudad, Estado, ZIP
Teléfono ()	

¿Cuándo cree usted que la violación de sus derechos de información privada de salud ocurrió?

Escriba la fecha(s)

¿Ha llenado usted una queja en otro lugar? Si es así, por favor provea la información.

Persona/Agencia/Organización/ Nombre del Tribunal	
Fecha(s) en que la llenó	Número de Caso(s) (sí es conocido)

